

**Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA
División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico**

12:40:53 Dese: _____ por vacaciones regulares en julio

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínez, William	
2 Núm. Seg. Social	████████-4771	
3 Sexo	M	
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	\$1,016.00	
9 Núm. de la Plaza	0706-T	
10 Categoría de la Plaza	M. Educ. Física	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatal	
13 Cifra Cuenta	90-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 1992	
15 Acción y Duración	Nombramiento sin efecto	
16 Causa del Cese		
17 Ultimo Día Trabajo		
18 Ultimo Día de Pago		
19 Programa Escolar	Educación Física	
20 Turno en Registro	0042	
21 Distrito Escolar	San Lorenzo	

LICENCIA POR VACACIONES y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA

22 Desde	23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Cambio) Nuevo.	25 Observaciones (Después del Cambio) Descuento Medicare Ley -99-272
26 _____ Firma Empleado en caso de cambio de contrato a probatorio, traslado, reasignación permanente o descenso	Fecha
27 Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No acogerme	Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorrò y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.
28 Recomendado <i>[Signature]</i>	Firma del Empleado
10/agosto/1989	Fecha
29 Recomendado	Superintendente de Escuelas
	Fecha

20. APROBADO: POR EL SECRETARIO DE INSTRUCCION PUBLICA

FIRMO

FECHA

* Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Agricultura
SAN JUAN, PUERTO RICO 00908

18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez
Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens
Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.


Angeles Lara de la Torre
Secretaria Auxiliar de Administración, Interina

92-13-01137-4

WILLIAM VEGA MARTINEZ

04 CAGUAS



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

GPO BOX 5028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

21 AGO 91 30 ABC 59 (001) M

INFORME PATRONAL

INFORME PATRONAL

PARTE A – INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) Departamento de Educación	2 TIENE POLIZA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> INDIQUE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NUMERO	ANO T R O NUMERO	3 SEGURO SOCIAL PATRONAL 6 9 0 6 6 0 0 0 1
4 DIRECCION POSTAL Box 1281	5 CLASE DE PATRONO <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> SOC <input type="checkbox"/> CORP <input type="checkbox"/> COOP <input type="checkbox"/> ASOC <input type="checkbox"/> SINDICO <input type="checkbox"/> SUCESSION <input type="checkbox"/> ALBACEA <input type="checkbox"/> OTROS	CLASE DE NEGOCIO Educación	
6 PUEBLO San Lorenzo, Puerto Rico 00754	7 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (CALLE, NUMERO, BARRIO, PUEBLO) Dept. Educación - San Lorenzo, P. R.	8 TELEFONO 736-2361	

PARTE B – INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

9 NOMBRE DEL LESIONADO - INICIAL - APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO			10. NUMERO SEGURO SOCIAL		11 SEXO M F	12. TELEFONO	13. ESTADO CIVIL	
2	William	Vega	Martinez	[REDACTED] 4-7711	2X	744-2512	<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	
14. DIRECCION			15. NUMERO DE DEPENDIENTES		16. TRABAJA EL CONYUGE			
3	Calle 33 - R6-17 Turabo Gardens		HIJOS	0	NO HIJOS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO		
17. URBANIZACION		PUEBLO	ZIP CODE	18. NOMBRES DE PADRE Y MADRE		LUGAR Y	FECHA NACIMIENTO	19. EDAD
3	Caguas, Puerto Rico		00725	William y Gloria		New York	12 30 59	33 1

DOS CHEQUES DE COMPENSACION (SI ALGUNO)

21. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDE CON EL LESIONADO 22. TELEFONO 23. DIRECCION
Helen Vega Martínez **748-5315** **Trujillo Alto, P. R.**
Haciendas Carrasco- **Calle 5 Casa H-8**

24. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	25. OCUPACION HABITUAL	26. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	27. FECHA DE POSIBLE JUBILACION
Dept. de Educación	Maestro Educ. Física	AÑOS 2 MESES 2 DIAS	MES DIA AÑO
28. CANTIDAD Y FORMA DE PAGO	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL	29. INDIQUE EL NÚMERO DE DIAS Y/O HORAS QUE TRABAJA EN	30. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA
\$1.000.000		HORAS DIAS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

SEMANAL			MENSUAL			LA SEMANA			MES			DIA					
31. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE						ESTABA EN GESTIONES OFICIALES			32. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRÓN			SI					
Dir. clase de Educación Física						<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
33. FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUPACIONAL			34. HORA QUE COMENZO A TRABAJAR EL DÍA			35. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU			MES			DIA					
MES	DIA	AÑO	2:00			10:00			10:00			10:00			MES	DIA	AÑO

36. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION
SENALADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO.
Esc. S.U. Quebrada Honda

39. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA LESIÓN Alega el profesor Vega que: desde el comienzo del curso escolar 1991 - 92 ha

**INDIQUE EL VEHICULO,
HERRAMIENTA, SUSTANCIA,
O EL NOMBRE Y DIRECCION
DE LA PERSONA QUE
CAUSO EL ACCIDENTE
(ESPECIFIQUE LA RELACION)
DE ESA PERSONA
CON EL PATRONO)**

venido confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor
a medida que va transcurriendo el dia de clases. Siente que durante la mañana
se le oye la voz bastante clara y cuando llega la tarde està ronco.

40. OBSERVACIONES
QUE ESTIME
PERTINENTE HACER

Bo. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.
Rosa Borges - Secretaria

NOMBRE Antonia Diaz - Directora DIRECCION San Lorenzo, Puerto Rico
 43. SI HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS? SI NUMERO RECLAMACION 44 FECHA DE LA RECLAMACION 1/1/2000 SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN PSE INDIQUE
 I MES I DIA I AÑO 1/1/2000 FECHA RADICACION 1/1/2000 NUMERO DEL CASO 44

Exhibit Page 5 of 10

SEGURO DEL ESTADO

92-13-01137-4

WILLIAM VEGA MARTINEZ
04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DIC 59

WILLIAM VEGA MARTINEZ
CALLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS
CAJAS. PR 00725

DEPTO. DE EDUCACION
APARTADO 1281
SRA LORENZO PR 00754

6
POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935) SEGUN HA SIDO
SUSSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO			PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES														
			C A S O N U M E R O			C / D			C L A V E T R A N S.			T A R J. N U M.					
B A T C H			AÑO	DISP.	N U M E R O												
			1	3	4								12	13	14	15	16
C L A V E D E C O M P.			A L T A T R A B A J A R									A L T A D E F I N I T I V A					
C O M P.	D I S P.	P A T.	AÑO	M E S	D I A								AÑO	M E S	D I A		
17			22	27									39				44
M E D I C O O E N C A R G A D O D E D I S P E N S A R I O O C L I N I C A																	
C L A V E D I S P. 03	F E C H A D E A C C.			<input type="checkbox"/> F O N D O D E A N O M E S D I A A N T I C I P O			<input type="checkbox"/> S U B R O G A C I O N			<input type="checkbox"/> O B R E R O M I G R A N T E							
R E G I O N A N A T O M I C A A F E C T A D A O C O N D I C I O N T R A T A D A P O R L A C U A L E S D A D O D E A L T A . (V E A S E I N S T R U C C I O N E S A L D O R S O)																	
I R A .	L a r i n g i t i s													C O D I G O D E D I A G N O S T I C O			
2 D A .														<table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>			

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ: | DE | DE 19 |
| <input type="checkbox"/> a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN | <input type="checkbox"/> DESCANSO | <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA) |
| <input type="checkbox"/> b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL | DE | DE 19 |
| <input type="checkbox"/> c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO _____ | | |
| XXJ. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA | | |
| DE abril DE 19 '92 CURADO | <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD | <input checked="" type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD |
| (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente). | | |
| <input type="checkbox"/> 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL | DE | DE 19 |
| AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN <input type="checkbox"/> DESCANSO <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA). | | |
| <input type="checkbox"/> 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN | | |
| DE DE 19 | LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA | |
| OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. | | |
| <input type="checkbox"/> 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL | DE | DE 19 |
| LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA: | | |
| <input type="checkbox"/> a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA | DE | DE 19 |
| (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente) | | |
| <input type="checkbox"/> b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL | DE | DE 19 |
| <input type="checkbox"/> 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO | | |
| DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS: | | |
| <input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> DESCANSO | <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA) | DE |
| <input type="checkbox"/> EVALUACION | <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO | <input type="checkbox"/> MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION |
| <input type="checkbox"/> b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA | DE | DE 19 |
| (La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente) | | |
| <input type="checkbox"/> c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL | DE | DE 19 |
| <input type="checkbox"/> 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL. | | |
| POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL | DE | DE 19 |
| LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. | | |
| <input type="checkbox"/> 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A | | |
| PARTIR DEL | DE | DE 19 |
| LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE. | | |
| <input type="checkbox"/> 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO | | |
| A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1978 | | |
| HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL | DE | DE 19 |
| (NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS). | | |
| OBSERVACIONES: | | |

SP. ALBERTO S. BACO

Administrator

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

DPA, JFHA C. SANTOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado

, Puerto Rico

Tribunal DISTRITO, Sala S.L. sin hoja de continuación

Querella de la Policía Núm.

Oficina de Juez Municipal o de Paz

DENUNCIA

 incluye hoja de continuaciónCon Fecha 23-6-94

Denuncia Núm.

94-1214

FORMULADA POR EL PUEBLO DE PUERTO RICO

CONTRA:

Nombre MILAGROS MOYET ROSARIO

Alias

Fecha nac. 15-9-57Lugar S.I.Sexo HS.S. # 584-000000000000Dirección CARR. 181 Km9 RES.

D.O.B./A.A.

BO. QDA. HONDA

Lic. Cond. # _____ Señas _____

Nombre _____ Alias _____

Fecha nac. _____

Lugar _____

Sexo _____

S.S. # _____ Dirección _____

Lic. Cond. # _____ Señas _____

Por el Delito de ARTICULO 260 C.P. ALTERACION A LA PAZ Grave Menos GraveCometido en BO. QDA. HONDA S.L.el 9 de junio de 94 a las 8:45am de la siguiente manera:

El referido acusado, MILAGEOS MOYET ROSARIO, allí y entonces, ilegal, voluntario, malicioso y a sabiendas, violó lo dispuesto en el artículo 260 C.P., consistente que en fecha, hora y sitio antes indicados y en ocasión en que le alteró la paz y la tranquilidad a la ó el William Vega Martínez, usando un lenguaje grosero, profano e indecoroso con palabras obscena tales como: estupido que te pasa con mi hijo, maesttro sangano, estupido, yo me pongos unos pantalones y me atrevo darte una galleta y si no mi marido te la da.

HECHOS CONTRARIOS A LA LEY

Presentada por:

GDTA. ETANISLÃO VAZQUEZ 9629

Número y firma del Denunciante

 Propio Conocimiento
CTEL. POL S.L. Información y Creencia

Dirección

GDIA

Cargo - Ocupación

Jurada y Suscrita ante mí en _____, P.R., hoy _____ de _____ de _____ a las _____

 Vista Preliminar Lectura de Acusación Juicio en su fondoVista señalada para el _____ de _____ de 19_____
en la Sala de _____ Superior Distrito a las _____

Nombre / Firma del Magistrado o Secretario

Examen de los Testigos

Conocimiento Propio		Información o Creencia	
Bajo Juramento	Declaración Jurada	Bajo Juramento	Declaración Jurada

NOMBRE DE TESTIGOS	EDAD	DIRECCION			
<u>WILLIAM VEGA MARTINEZ</u>	<u>M</u>	<u>CALLE 33 R. 6 17 URB. TURABO GARDEN CAGUAS</u>			

INFORMACION SOBRE EL IMPUTADO:

- No estuvo presente
- Traído sin Orden de Arresto
- Compareció por Citación

 Le fueron hechas las advertencias legales Estuvo acompañado por _____ Ahorrado Desarrollado _____



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO — USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP TRAT.	FECHA ALTA (CT)		
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA		AÑO	MES	DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA				JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL		NUMERO DE POLIZA				CLAVE	GRUPO	Stat Pat	Proc Por
AÑO	MES	DIA	DIAS		AÑO	T	R	O	Año Fact.	AMP.				

PARTE A. INFORMACION DEL PATRONO

1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) <i>Departamento de Educacion</i>	2 NUMERO DE POLIZA	AÑO	T	R	O	NUMERO	Año Fact.	AMP.	3	SEGURIDAD SOCIAL PATRONAL	
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. HM. <i>P. O. Box 1281</i>									6	9 0 6 6 0 0 0 1	
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4) <i>San Lorenzo, Puerto Rico 00754</i>	4 CLASE DE PATRONO:						Industria	Sociedad	Corporación	Cooperativa	5 CLASE DE NEGOCIO
	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Sindicato	<input type="checkbox"/> Sucesión	<input type="checkbox"/> Albaces	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	<i>Educacion</i>					
	6 NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo) <i>Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo</i>						7 TELEFONO	736-8989			

PARTE B. INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8 NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
<i>██████████ 4 7 7 1</i>	<i>Vega</i>	<i>Martinez</i>	<i>William</i>	
10. DIRECCION RESIDENCIAL				CODIGO POSTAL
<i>Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico</i>				00725

12 SEXO	13 TELEFONO	14 ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE			
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	<i>744-2512</i>	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS _____ NO HIJOS _____	<i>N/A</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>(Q.D.E.P.) William y Gloria</i>			
18 FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL			
<i>5 9 1 2 3 0</i>	<i>35</i>	<i>New York</i>	<i>BA</i>	<i>Maestro de Educ. Fisica</i>	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQ.			
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE					
<i>Helen Vega Martinez</i>		<i>Haciendas Carraizo - Calle 5 - Casa H-8</i>	ANO	MES	DIA			
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE					
	<i>8:00</i>	<i>X 7 A.M.</i> <input type="checkbox"/> P.M.	<i>San Lorenzo</i>					
32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD, INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA				
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>N/A</i>	<i>N/A</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>\$1,375.00</i>	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL				
37. NUMERO DE DIAS/Y HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	Dias: <i>5</i> Horas: <i>30</i>	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION				
		<i>Educacion</i>	<i>6 años</i>	ANO	MES	DIA		
41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>Dar la clase de Educ. Fisica</i>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO	46. SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE							
<i>Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo, P. R.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	<i>Alega el profesor Vega que: desde el mes de enero de 1995 viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza, dolor constante en los ojos, congestión de las fosas nasales y fuertes dolores de garganta. Alega además que en el área de juegos de la escuela hay un polvorín continuo a consecuencia de la ubicación de la cancha.</i>						
INDIQUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO							

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER							
49. TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	50. TIEMPO	SALARIO				
		<input type="checkbox"/> ANOS	<input type="checkbox"/> SEMANAL	<input type="checkbox"/> MESES	<input type="checkbox"/> MENSUAL		
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO							
NOMBRE <i>Rosa Borges - Secretaria</i>	DIRECCION <i>Bo. Cerro Gordo - San Lorenzo, P. R.</i>						
NOMBRE <i>Antonia Diaz - Directora</i>	DIRECCION <i>San Lorenzo, Puerto Rico</i>						

WILLIAM VEGA-MARTINEZ

CALLE 33 R 6-17
TURABO GARDENS CAGUAS PR

98 13 00719 5
08

14 AUG 97 30 11C 59

N

4771

**DECISION DEL
ADMINISTRADOR
SOBRE
TRATAMIENTO
MEDICO**

DECISION DEL ADMINISTRADOR SOBRE TRATAMIENTO MEDICO	PARA USO DE LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES										
	CASO NUMERO			C/D	CLAVE TRANS	TARJ. NUM.					
BATCH	ANO	DISP.	NUMERO								
1	3	4									
							12	13	14	15	16

CLAVE DE COMP.			ALTA TRABAJAR				ALTA DEFINITIVA			
COMP.	DISP.	PAT	ANO	MES	DIA			ANO	MES	DIA
17			22	27			37			
							39			

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDICO O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA

卷之二

URB TURABO GARDENS
R 6 17 CALLE 33
CAGUAS PR 00727

DEPARTAMENTO DE EDUCACION
PO BOX 759
SAN JUAN PR 00919

POR LA PRESENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE 1935)
SEGUN HA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA; SE DETERMINA SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECISION:

- | | | |
|--|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> 1. EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN <input type="checkbox"/> b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL <input type="checkbox"/> c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO | <p>DE
DESCANSO
DE</p> | <p>C.T. (MIENTRAS TRABAJA)
DE</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 2. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA</p> | <p>DE DE CURADO <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD</p> | <p>(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente).</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 3. EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL</p> | <p>DE</p> | <p>DE SF
DESCANSO C.T. (MIENTRAS TRABAJA)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 4. LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN</p> | <p>DE DE LA DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACION LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.</p> | <p>EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMIENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO.</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 5. EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL</p> | <p>DE</p> | <p>DE LUEGO DE LA REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA <input type="checkbox"/> b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL | <p>DE DE <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD</p> | <p>(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 6. EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION INDUSTRIAL A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE STATUS:</p> | <p><input type="checkbox"/> DESCANSO <input type="checkbox"/> C.T. (MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE
<input type="checkbox"/> EVALUACION <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION <input type="checkbox"/> EN TRATAMIENTO</p> | <p>(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este caso le será notificado oportunamente)</p> |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL</p> | <p>10 DE SEPTEMBER DE 98</p> | <p>DE DE <input type="checkbox"/> SIN INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> CON INCAPACIDAD</p> |
| <p><input type="checkbox"/> 7. LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL</p> | <p>DE DE</p> | <p>LA DECISION FINAL DE</p> |
| <p>ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> 8. HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRATAMIENTO SE DA DE ALTA SIN INCAPACIDAD A PARTIR DEL</p> | <p>DE DE</p> | <p>LA DECISION FINAL DE</p> |
| <p>ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICADA OPORTUNAMENTE.</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> 9. ES UN OBRERO MIGRANTE BAJO CONTRATO DE EMPLEO APROBADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE PUERTO RICO, ACOGIDO A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE 1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE 1972. HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL</p> | <p>DE DE</p> | <p>(NOTIFIQUESE CON COPIA DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS).</p> |

LGD NICOLAS LOPEZ PEÑA

Administrador

CERTIFICO: Que en el día de hoy he entregado y notificado con copia de esta Decisión al Lesionado, en

DR VICTOR BERIOS

Firma del Médico o Funcionario Autorizado



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION

NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD			REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (OTI)				
AÑO	DISP.	NUMERO		Batch	AÑO	MES	DIA					AÑO	MES	DIA	
FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO		COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA					CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.	PROC. POR:
AÑO	MES	DIA					AÑO T R O			AÑO FACT.	AMP.				

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) <i>Departamento de Educación</i>	2. NUMERO DE POLIZA	AÑO T R O	NUMERO	Año Fact.	AMP.	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H. <i>P. O. Box 1281</i>	4. CLASE DE PATRONO:	<input type="checkbox"/> Industria	<input type="checkbox"/> Sociedad	<input type="checkbox"/> Corporación	<input type="checkbox"/> Cooperativa	5. CLASE DE NEGOCIO
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4) <i>San Lorenzo, Puerto Rico 00754</i>	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Síndico	<input type="checkbox"/> Sucesión	<input type="checkbox"/> Albacea	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	<i>Educación</i>
	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)	<i>Esc. María T. Delgado - San Lorenzo</i>				7. TELEFONO
					<i>736-0470</i>	

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	
<i>5 4 7 7 1</i>	<i>Vega</i>	<i>Martinez</i>	<i>William</i>		
10. DIRECCION RESIDENCIAL					CODIGO POSTAL
<i>Calle 33 R-6 17 Urb. Turabo Gardens - Caquas, Puerto Rico</i>					<i>00725</i>

11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO

12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE
<input type="checkbox"/> F	<i>744-2512</i>	<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> VIUDO	HIJOS <i>0</i>	NO HIJOS <i>1</i>
<input checked="" type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> S <i>N/A</i> <input type="checkbox"/> NO
18. FECHA NACIMIENTO	19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO <i>5</i> MES <i>9</i> DIA <i>1</i>	<i>39</i>	<i>New York</i>	<i>B.A</i>	<i>Maestro de Educ. Física</i>	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZO.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
<i>Helen Vega Martinez</i>		<i>Haciendas Carraizo - Calle 5 - Casa Trujillo Alto, P. R.</i>	AÑO <i>9</i> MES <i>9</i> DIA <i>03</i>
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE
<i>1:50 P.M.</i>	<i>8:00</i>	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	<i>San Lorenzo</i>

32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>N/A</i>	<i>N/A</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>\$1,750.00</i>	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL
37. NUMERO DE DIAS/U HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA	38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION	
DIAS: <i>5</i> Horas: <i>6</i>	<i>Educación</i>	<i>9 años</i>	AÑO <i>9</i> MES <i>9</i> DIA <i>03</i>	

41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<i>Dar clase de Educación Física</i>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMÁS, NOMBRE DEL PROYECTO	46. ¿SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?		
<i>Escuela Dra. María T. Delgado de Marcano</i> <i>San Lorenzo, Puerto Rico</i>	<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input type="checkbox"/> NO <i>N/A</i> <input type="checkbox"/> NO NUM. _____		

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	<i>Alega el profesor Vega que hace alrededor de una semana se está sintiendo con mucha congestión nasal, presión en los ojos, dolor en la cabeza y en la frente a causa del polvorín en el salón y en el área de trabajo.</i>		
INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)			

48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER	50. TIEMPO	51. SALARIO
	<input type="checkbox"/> AÑOS _____	<input type="checkbox"/> SEMANAL _____
	<input type="checkbox"/> MESES _____	<input type="checkbox"/> MENSUAL _____

49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	52. HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?	53. NUMERO DE RECLAMACION	54. SI HA RADICADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN CFSE INDIQUE

51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	DIRECCION	<i>Jard. de San Lorenzo - San Lorenzo, P. R.</i>
NOMBRE		

NOMBRE	DIRECCION	
52. HA RADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS?	53. NUMERO DE RECLAMACION	54. FECHA DE RECLAMACION



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACION
FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028
INFORME PATRONAL
VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - USO EXCLUSIVO DE LA CORPORACION														
NUMERO DE CASO - CFSE			D/C	Batch	FECHA RADICACION			CLAVE DE COMPENSABILIDAD		REG. Y DISP. TRAT.	FECHA ALTA (C)			
AÑO	DISP	NUMERO			AÑO	MES	DIA					AÑO	MES	
FECHA ALTA DEFINITIVA			DIAS	JORNAL DIARIO	COMPENSACION SEMANAL	NUMERO DE POLIZA						CLAVE	GRUPO	STAT. PAT.
AÑO	MES	DIA				AÑO	T	R	O	AÑO FACT.	AMP.			

PARTE A - INFORMACION DEL PATRONO

1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2. NUMERO DE POLIZA	AÑO	T	R	O	NUMERO	Año Facit.	AMP.	3. SEGURO SOCIAL PATRONAL		
Departamento de Educación									5 9 0 6 6 0 b		
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM. H.	4. CLASE DE PATRONO:						Industria	Sociedad	Corporación	Cooperativa	5. CLASE DE NEGOCIO
P. O. Box 190759	<input type="checkbox"/> Asociación	<input type="checkbox"/> Síndico	<input type="checkbox"/> Sucesión	<input type="checkbox"/> Albacea	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	Educación					
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	6. NOMBRE Y SITIO DE NEGOCIO (Urb., Calle, Núm., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo)						7. TELEFONO				
San Juan, Puerto Rico 00919	Esc. Dra. María T. Delgado de Marcano						736-0470				

PARTE B - INFORMACION SOBRE EL LESIONADO

8. NUMERO SEGURO SOCIAL	9. APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
[REDACTED] 4 7 7 1	Vega	Martinez	William	
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)				

Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico

11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACION, SI ALGUNO	CODIGO POSTAL + FDUR
Calle 33 R-6 17 - Urb. Turabo Gardens - Caguas, Puerto Rico	00725

12. SEXO	13. TELEFONO	14. ESTADO CIVIL	15. NUM. DEPENDIENTES	16. TRABAJA EL CONYUGE	17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	
<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	7/4-2512	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	HIJOS 0 NO HIJOS	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO William y Gloria	
18. FECHA NACIMIENTO		19. EDAD	20. PUEBLO DE NACIMIENTO	21. GRADO ESCOLARIDAD	22. OCUPACION HABITUAL	23. MANO HABIL
AÑO	MES	DIA	5 9 1 2 3 0	43	New York B.A.	<input type="checkbox"/> DER. <input checked="" type="checkbox"/> IZQD.

24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO	25. TELEFONO	26. DIRECCION	27. FECHA ACCIDENTE
Helen Vega Martinez	-----	Haciendas Carraizo - Calle 5 Casa Trujillo Alto, P.R. H-8	AÑO MES DIA 0 3 1 0 3
28. HORA DEL ACCIDENTE	29. HORA COMENZO A TRABAJAR EL DIA DEL ACCIDENTE	30. FECHA EN QUE SUSPENDIO SU LABOR	31. PUEBLO DE ACCIDENTE
9:30 A.M.	8:00	<input checked="" type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	San Lorenzo

32. ACCIDENTE AUTO	33. FECHA DE LA MUERTE	34. SI EL LESIONADO ES MENOR DE EDAD INDIQUE SI TIENE PERMISO	35. SUELDO	36. FRECUENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	DIA MES AÑO N/A	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No N/A	\$2,205.00	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL
37. NUMERO DE DIAS Y HORAS QUE TRABAJA EN LA SEMANA		38. DEPARTAMENTO O UNIDAD QUE TRABAJA EL EMPLEADO	39. TIEMPO QUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION HABITUAL CON PATRONO ACTUAL	40. FECHA DE POSIBLE JUBILACION
Horas: 30		Educación	14 años	AÑO MES DIA

41. OCURRIÓ EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	42. TIENE USTED CONTRATO DE APARCERIA?	43. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE	44. ESTABA EN GESTIONES OFICIALES?
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Levantándose de la silla.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCION SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO	46. SUFRIERON OTROS EMPLEADOS LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE?
de Marcano	<input type="checkbox"/> SI NUM. _____ MURIERON <input type="checkbox"/> SI NUM. _____ <input checked="" type="checkbox"/> NO
Salón de Educación Física - Esc. Dra. María T. Delgado	

47. DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL	Alega el profesor Vega que el 31 de octubre de 2003 mientras ofrecía <input checked="" type="checkbox"/> si clase, levantarse de la silla de su salón sintió un fuerte dolor en la parte baja de la espalda; esto acompañado de ardor. Le molesta mucho estar de pie al igual que sentado.		
INDIQUE EL VEHICULO, HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)			
48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE			

49. TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMPRESA)	50. TIEMPO	SALARIO
		<input type="checkbox"/> ANOS <input type="checkbox"/> MESES	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL

51. TESTIGOS QUE PRESENCIAREN EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	NOMBRE	DIRECCION
--	--------	-----------